

※ 診察予約の際には、《外来診察》予約依頼票をご利用ください！

To 県立尼崎総合医療センター 地域医療連携センター

FAX : (06) 6480-7721

(「0発信」等の設定に伴う誤送信にご注意ください)

県立尼崎総合医療センター

《 骨塩定量 》 予約依頼票

申込日 年 月 日

【依頼元】 医療機関名： _____ 診療科： _____

医 師 名： _____

所 在 地： _____

TEL : _____ FAX : _____

患者様の予約回答待ち状況

ご紹介元医療機関にて外来待機中

帰宅されている

【患者様データ】

患者氏名	フリガナ	生年月日	明・大 年 月 日	男 女
	(旧姓)		昭・平・令 (歳)	
住 所 電話番号	〒 - - Tel. - -			
紹介目的	依頼内容・主訴・病名・病状等の紹介目的を下記に記載ください。 ----- ----- ----- 撮影部位： <input type="checkbox"/> 腰椎+大腿 <input type="checkbox"/> 腰椎のみ ※体内に金属がある部位は撮影できません。 体内金属：腰椎 なし・あり (部位) / 股関節 なし・あり (右・左)			
当院への受診歴	(有・無) └───┬───> 受診科；	診察券番号； - -		
希望受診日	① 月 日、 ② 月 日、 ③ 月 日 or 希望曜日(曜日)			

- * 折り返し、FAXにて「予約回答書」、「検査申込書」などの必要書類を返信させていただきます。
受付時間：《平日》午前8時45分～午後7時30分、《土曜日》午前8時45分～午前12時
《日曜日・休日》受付業務なし TEL: (06)6480-7720 (直通)
なお、FAXは24時間対応ですが、時間外の受付は翌日対応となります。

- * 来院の際には、必ず保険証、各受給者証、詳細な病状を記した「紹介状：診療情報提供書」をご持参ください。

※ 診察予約の際には、《外来診察》予約依頼票をご利用ください！